

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00805

CONTA: 000000042946-3

Nr. da Autenticação 29FA010C434D15FD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200263653 **Cidade:** Currais Novos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/03/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO DIREITA.
FRATURA DIAFISÁRIA DE ULNA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

367.024

06/09/2019

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS
ANA IZABEL DE MEDEIROS

CURRAIS NOVOS RN

27/11/1955

CERT. DE CASAMENTO L-B010 F-201 RG-1198
CURRAIS NOVOS RN-2 CARTORIO

098.109.604-25

3a. VIA

ASSINATURA

LE Nº 2119 DE 2008
Origem: João N. M. de Souza
Diretora do Instituto de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

MAIOR DE 60 ANOS

José Bezerra de Medeiros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.383/0001-35 / INSC. Estadual: 29055.426-3
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Duvidas: (84) 3232-4562

ESCritório DE ATENDIMENTO

Nº 115
34053045

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/05/2020 ÀS 08:33:50

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

1000178

05/2020

DADOS DO CLIENTE

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

RUA DAS TURMALINAS, N. 71 - JK CURRAIS NOVOS RJ
59380-000INSCRIÇÃO
412.003.455.0114.000ROTA
5SEQ.ROTA
1023QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
1HIDRÔMETRO
Y18S131141SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADOSITUAÇÃO ESGOTO
LIGADO

CONSUMO ÁGUA (M3): 0

DATA LEITURA: 08/05/2020

LEIT. ATUAL: 0

LEIT. ANT.: 0

DIAS CONSUMO: 31

HISTORICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
04/2020	0	02/2020	0	12/2019	0	0
03/2020	0	01/2020	0	11/2019	0	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(%)

CONSUMO DE ÁGUA

0 M3

43,77

ESGOTO

35.0% DO VALOR DE ÁGUA

15,32



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **14119 /2020**

Admissão: **15/03/2020 11:22:23**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 168236 - **JOSE BEZERRA DE MEDEIROS** (64 a 5 m 14 d)

Nascimento: 27/11/1955

Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705206477166376

CPF: 09810960425

Prof: MINEIRO

Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS

Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS

Logradouro: TURMALINA, 71

CEP: 59380000

Bairro: J K

Cidade: CURRAIS NOVOS

Telefone: 84 .996817772

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: VINDO DE CURRAIS NOVOS

Classificação: 15/03/2020 11:17:22

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO COM TRAUMA EM BRACO DIREITO

Hora: ____:____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 15/03/2020 13:19:18 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **168236 JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

Prontuário: 1195186

CNS: 705206477166376

Nascimento: 27/11/1955

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS

Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS

Endereço: RUA TURMALINA, 71 - J K - CURRAIS NOVOS

Fone: 996817772 /

Município: CURRAIS NOVOS

Código Municipal IBGE:

240310 UF: RN

CEP: 59380-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 10641 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METACARPOS EM MÃO DIREITA + FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DA ULNA IPSILATERAL.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RX + CLÍNICA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

VER ACIMA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO*408020539. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

FILIPPI RANIERI ALVES

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 15/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **168236 JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

Prontuário: 1195186

CNS: 705206477166376

Nascimento: 27/11/1955

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS

Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS

Endereço: RUA TURMALINA, 71 - J K - CURRAIS NOVOS

Fone: 996817772 /

Município: CURRAIS NOVOS

Código Municipal IBGE:

240310 UF: RN

CEP: 59380-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 10614 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

frat exposta mão D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TTT cirúrgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

semiologia e Rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO*408020377. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

MAO, FX;2

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

CRM: 4547 / RN

Data da Solicitação 15/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Barinho

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

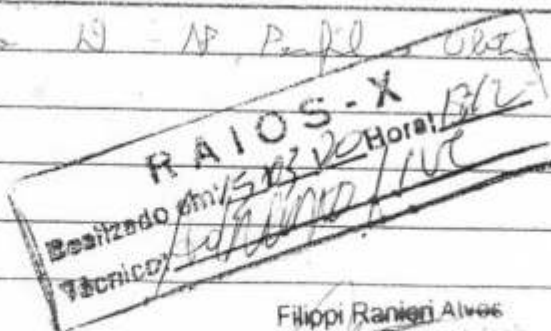
NOME: João Roberto de Medeiros SEXO: MAS() FEM()
LEITO: 703 REG. N°: _____ DT NASCIMENTO: _____
SETOR: PSA() PSI() CC/CRO() ENFERM.() UTI()
URGÊNCIA() ELETIVA() DATA: 15/3/2020 HORA: _____

EXAMES

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| ☐ HEMOGRAMA | ☐ SÓDIO | ☐ D-DIMERO |
| ☐ GLICEMIA | ☐ POTÁSSIO | ☐ TAP/TTPA/INR |
| ☐ UREIA | ☐ CÁLCIO | ☐ LACTATO |
| ☐ CREATININA | ☐ MAGNÉSIO | ☐ FOSF. ALCALINA |
| ☐ TGO | ☐ VSH | ☐ CLASSIF ABO/RH |
| ☐ TGP | ☐ PCR | ☐ B-HCG |
| ☐ BT / FRAÇÕES | ☐ CPK | ☐ COLESTEROL E FR* |
| ☐ AMILASE | ☐ CKMB | ☐ TRIGLICERÍDEOS* |
| ☐ DHL | ☐ TROPONINA | ☐ PROT T/FRAÇÕES* |
| ☐ GAMA GT | ☐ MIOGLOBINA | ☐ SUMÁRIO DE URINA |
| ☐ GASOMETRIA: ARTERIAL() VENOSA() | * = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA | |

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

Rx W - AP, Perfil e Ulna



INDICAÇÃO CLÍNICA:

15/03/2020

Filipi Raniel Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM RN 6963 / TEOT 15251



90101168236

Paciente: 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

BAA: 4-14119/2020

Idade: 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 15/03/2020 11:22

Início Validade: 15/03/2020 13:11 até 16/03/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/03/2020 13:11:45 - aguarda CC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

SOLUÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

Tempo: 11904,76h

1.500 BOLS

IV Contínuo 21gota/min

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

Obs.: +18 ml de ABD

1

AMP

IV 6h/6h

4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N em caso de vômitos

Obs.: +18 ml de ABD

1

AMP

IV 8h/8h

5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

Obs.: + 18ml de ABD

1

AMP

IV 12h/12h

6 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD)

1

FA

IV 4h/4h

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

8 - CURATIVO DIÁRIO

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA
CRM-4547/RN



90101168236

Paciente: 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**BAA:** 4-14119/2020**Idade:** 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)**Prescrição N°:** 1**Hospital / Unidade:** WG - POLITRAUMA**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Arquivo:****Peso:****Data Atendimento:** 15/03/2020 11:22**Início Validade:** 15/03/2020 13:11 até 16/03/2020 18:59**Sala:** POLITRAUMA**Médico Resp.:** 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

15/03/2020 13:11:45 - aguarda CC

PRESCRIÇÃO MÉDICA**NUTRIÇÃO**

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

SOLUÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

Tempo: 11904,76h

1.500

BOLS

IV Contínuo 21gota/min

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

Obs.: +18 ml de ABD

1

AMP

IV 6h/6h

4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N em caso de vômitos

Obs.: +18 ml de ABD

1

AMP

IV 8h/8h

5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

Obs.: + 18ml de ABD

1

AMP

IV 12h/12h

6 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD)

1

FA

IV 4h/4h

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

8 - CURATIVO DIÁRIO

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

CRM-4547/RN

**Paciente:** 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**FIA:** 4-2886/2020**Idade:** 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)**Prescrição N°:** 4**Hospital / Unidade:** WG - 3 ANDAR**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Prontuário:** 1195186**Peso:****Data Internação:** 15/03/2020 13:19**Início Validade:** 18/03/2020 07:54 até 18/03/2020 18:59**Quarto / Leito:** 8 - 329**Médico Resp.:** 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

18/03/2020 07:55:26 - PACIENTE ESTÁVEL, COM FRATURA DE METACARPO, AGUARDANDO MARCAÇÃO DE CIRURGIA PELO NIR
 CD: SUSPENDER OXACILINA AMANHÃ

PRESCRIÇÃO MÉDICA**NUTRIÇÃO**

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

2 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD)

Obs.: FAZER POR 72 HORAS - SUSPENDER NA
 PRESCRIÇÃO DE QUINTA FEIRA (19/03/2020)

3 - DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML

4 - BROMOPRIDA 5MG/ML

5 - **TRAMADOL 50MG/ML - 2ML**6 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F7 - CAPTOPRIL 25MG
S/N se PA > 160 X 100 mmHg**CUIDADOS**

8 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

9 - CURATIVO

Obs.: SEM POMADA

FRANCISCO CANINDE CAMARA DA SILVA JUNIOR
 CRM-4120/RN

0905 00000000 000 00000000
00000000

00000000
M

00000000 00000000 00000000 00000000
00000000 00000000 00000000 00000000
00000000 00000000 00000000 00000000



0905 00000000 000 00000000
00000000

00000000
M

00000000 00000000 00000000 00000000
00000000 00000000 00000000 00000000
00000000 00000000 00000000 00000000



00000000 00000000

00000000 00000000

00000000 00000000

442-520-7770 • 10000 W. 10th Ave., Suite 100, Denver, CO 80202
 Fax: 479-0000
 E-mail: info@denver.com



Toll-free: 1-800-999-0999

[illegible]

Toll-free: 877-555-0000

© 2005
Suzanne B. Berman, PhD

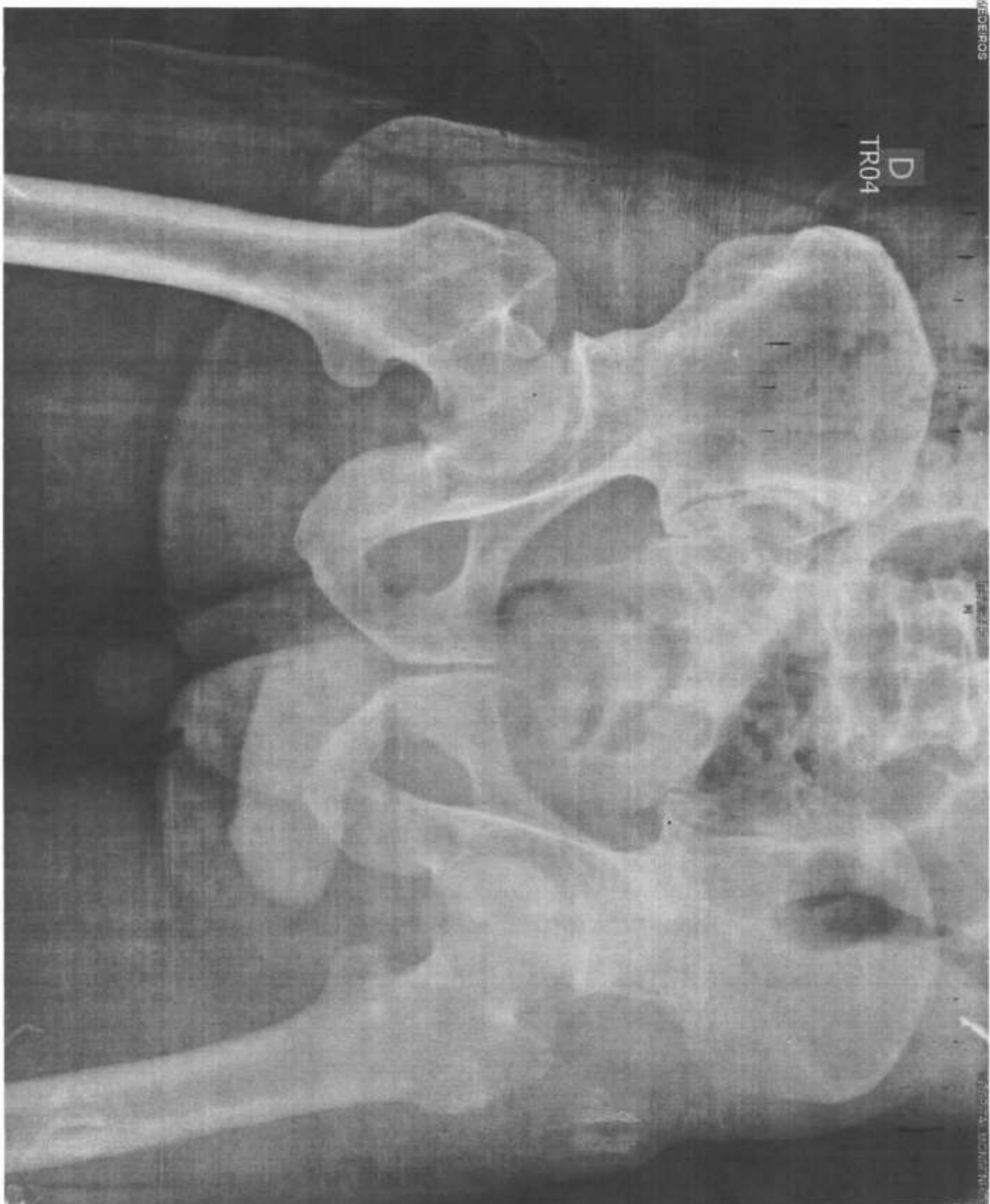


Idade: 9 and(s)
Técnico: ADRIANO

Data Exame: 15/03/2020 18:10:32
Paciente: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Id. Paciente: 703

D
TR04



4cm

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

367.024

06/09/2019

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS
ANA IZABEL DE MEDEIROS

CURRAIS NOVOS RN

27/11/1955

CERT. DE CASAMENTO L-B010 F-201 RG-1198
CURRAIS NOVOS RN-2 CARTORIO

098.109.604-25

3a. VIA

ASSINATURA

LE Nº 2119 DE 2008
Origem: João N. M. de Souza
Diretora do Instituto de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

MAIOR DE 60 ANOS

José Bezerra de Medeiros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 06.334.383/0001-35 / INSC. Estadual: 29055.426-3
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Duvidas: (84) 3232-4562

ESCritório de Atendimento

Nº 115
34053045

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/05/2020 ÀS 08:33:50

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

1000178

05/2020

DADOS DO CLIENTE

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

RUA DAS TURMALINAS, N. 71 - JK CURRAIS NOVOS RJ
59380-000INSCRIÇÃO
412.003.455.0114.000ROTA
5SEQ.ROTA
1023QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
1HIDRÔMETRO
Y18S131141SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADOSITUAÇÃO ESGOTO
LIGADO

CONSUMO ÁGUA (M3): 0

DATA LEITURA: 08/05/2020

LEIT. ATUAL: 0

LEIT. ANT.: 0

DIAS CONSUMO: 31

HISTORICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
04/2020	0	02/2020	0	12/2019	0	0
03/2020	0	01/2020	0	11/2019	0	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

0 M3

43,77

ESGOTO

35.0% DO VALOR DE ÁGUA

15,32

De:

JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS

Rua das Turmalinas, 71 – JK

Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000

Para:

Terra do Sol Corretora de Seguros

Av. Dão Silveira, 7940, Loja 41

Candelária - Natal/RN - CEP: 59.066-180



Correios		REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
Recebedor		AR	MP
Assinatura		Doc.	

JU 69064361 7 BR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169636/20

Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

CPF: 098.109.604-25

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS : 098.109.604-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020
Nome: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS
CPF: 098.109.604-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219028

Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263653

Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263653

Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000805

Conta: 0000042946-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 098.109.604-25 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS 6 - CPF: 098.109.604-25
7 - Profissão: NÃO INFORMADA 8 - Endereço: RUA DAS TURMALINAS 9 - Número: 71 10 - Complemento:
11 - Bairro: JK 12 - Cidade: CURRAIS NOVOS 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99681-7772

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0805 CONTA: 00042946 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 15 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi gerado automaticamente pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
Acesso ao Boletim de Ocorrência pelo endereço: www.pcrn.rn.gov.br ou a autenticação pela Internet na área de "Boletim de Ocorrência e Boletim de Ocorrência" no endereço: www.pcrn.rn.gov.br

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001011475

1.2 Data de Expedição: 17/04/2020 10:28:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/03/2020 18:00:00

2.3 Número: 00

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: ESTRADA RN 041 - SENTIDO CURRAIS NOVOS A LAGOA NOVA

2.4 CEP: 59.360-000

2.6 Ponto de Referência: PROXIMIDADES DO LIXÃO

2.8 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

3.3 Etnia: BRANCO

3.5 Mãe: ANA ISABEL DE MEDEIROS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 09810900425

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: APOSENTADO

3.15 Telefone(s): 84 99916767

3.17 Número: 71

3.19 Bairro: JK

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS

3.6 Data de Nascimento: 27/11/1955

3.8 RG: 367024 - SSP-RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: CURRAIS NOVOS

3.14 E-Mail: MLM42904@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA DA TURMALINA

3.18 CEP: 59380-000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

a vítima estava caminhando pela via de acostamento da Estrada RN 041 no sentido para Currais Novos, quando inesperadamente o veículo tipo corolla, cor prata, de placa 0GQ00597, conduzido pelo acusado, ultrapassou em alta velocidade um caminhão pipa e atingiu a vítima, arremessando-o para o mato, onde da queda foi acometido de várias fraturas pelo corpo (pé, dentes, mão, punho, braço), tendo recebido o socorro emergencial através do SAMU que o conduziu para o hospital de Currais Novos, que no dia seguinte (15.03.2020) o hospital o encaminharam para o hospital Valfredo Gurgel em Natal, tendo por lá passado alguns dias e, diante da não previsão para realizar as cirurgias necessárias e com o avanço da pandemia coronavírus, retornou para Currais Novos onde foi avaliado por um médico que realizou rai X e constatou várias fraturas, estando com o braço engessado aguardando nova avaliação. Que o acusado evadiu-se e não prestou socorro à vítima.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Data: 17/04/2020 15:28:49

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 17/04/2020 16:19:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

098.109.604-25

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS

6 - CPF:

098.109.604-25

7 - Profissão:

NÃO INFORMADA

8 - Endereço:

RUA DAS TURMALINAS

9 - Número:

71

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JK

12 - Cidade:

CURRAIS NOVOS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.380-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 99681-7772

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0805

CONTA: 00042946

3

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CURRAIS NOVOS/RN, 15 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência N°209795/1 referente ao paciente **JOSE BEZERRA DE MEDEIROS** 65 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 14/03/2020 em Currais Novos/RN, Conforme ficha anexa.

Natal, 20 de maio de 2020

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica
SAMU 192 RN
Mat-210991-3

SAMU 192 RN
Wilma Maria Fernandes Dantas
Coordenadora Geral
Matricula: 195836-4
CPF: 466.295.804-00

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316

Currais

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 209795/1

Data: 14/03/2020

CHAMADO

TARM: NISIA SOARES PAZ XAVIER

Médico Regulação: ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

Rádio Operador: RENATO KLEBERSON DA SILVA

Médico Cena: BERGSON DOS SANTOS SANTIAGO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 23 (CURRAIS NOVOS)

Equipe VTR: ALEXANDRE MORAIS DE MEDEIROS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ANA AMÉLIA GUIMARÃES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM* REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: CURRAIS NOVOS

Nome do Solicitante: VALTECIO

Telefone: (84) 99971-7721

Nome do Paciente:

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Idade: *

64 ANO(S) ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

Endereço: BR 043 SENTINDO LAGOA NOVA

Nº: BR

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: NA SAÍDA DO LIXÃO NA SAÍDA DE LAGOA NOVA

Unidade de Destino Transferência: HOSP. CURRAIS NOVOS

Observações Rádio Operador: USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35 PACIENTE, ENTREGUE AOS CUIDADOS DR LEONARDO NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS. HORÁRIOS: CHEGADA NA OCORRÊNCIA 18:20; SAÍDA PAR O HOSPITAL LOCAL 18:39; CHEGADA NO HOSPITAL LOCAL 18:52; SAÍDA PARA O HOSPITAL DE LAGOA NOVA 20:45; CHEGADA NO HOSPITAL DE LAGOA NOVA 21:19; RETORNO PARA O HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:05; CHEGADA NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:39.

Queixa Primária: ATROPELAMENTO POR CARRO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

14/03/2020 18:08:47 - Dr(a). ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: ATROPELAMENTO POR CARRO, CONSCIENTE, DOR EM DORSO, SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 14/03/2020 18:10:03 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-23(CURRAIS NOVOS)SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.

Data: 14/03/2020 22:35:51 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35

Data: 14/03/2020 23:36:10 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35 PACIENTE, ENTREGUE AOS CUIDADOS DR LEONARDO NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS. HORÁRIOS: CHEGADA NA OCORRÊNCIA 18:20; SAÍDA PAR O HOSPITAL LOCAL 18:39; CHEGADA NO HOSPITAL LOCAL 18:52; SAÍDA PARA O HOSPITAL DE LAGOA NOVA 20:45; CHEGADA NO HOSPITAL DE LAGOA NOVA 21:19; RETORNO PARA O HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:05; CHEGADA NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:39.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 14/03/2020 18:07:30	Regulação Médica: 14/03/2020 18:08:47	Solicitação VTR: 14/03/2020 18:09:27	Saída VTR: 14/03/2020 18:10:00	Chegada Local: 14/03/2020 18:20:00
Saída Local: 14/03/2020 18:39:00	Chegada Destino: 14/03/2020 18:52:00	Liberação Destino: 14/03/2020 23:36:05	Liberação VTR: 14/03/2020 23:36:07	

Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Conduta VTR☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

14/03/2020 18:46:47 - BERGSON DOS SANTOS SANTIAGO
QTI CURRAIS NOVOS.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

CURRAIS NOVOS - HOSP. CURRAIS NOVOS

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

: : ↺

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

/ / : :

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não